Über einen Fall

von

Tuberkulose des Pharynx.

Inaugural-Dissertation

zur

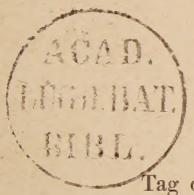
Erlangung der Doktorwürde

einer

hohen medizinischen Fakultät

der

kgl. bayer. Friedrich-Alexanders-Universität Erlangen



vorgelegt von

Gottfried Knoblach,
prakt. Arzt aus Rennertshofen.

Tag der mündlichen Prüfung: 27. Mai 1905.

Erlangen.
K. b. Hof- und Univ.-Buchdruckerei von Junge & Sohn.
1906.

27

Gedruckt mit Genehmigung der hohen medizinischen Fakultät zu Erlangen.

Dekan: Herr Professor Dr. Penzoldt.

Referent: Herr Professor Dr. Hauser.

Seiner Hochgeboren

Herrn Ernst Grafen von Moy de Sons

kgl. bayer. Kämmerer, Reichsrat der Krone Bayern, Major à la suite

zum Ausdrucke tiefgefühltesten Dankes

gewidmet.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41542702_0070

Tuberkulose im Bereiche des Pharynx kommt selten vor; insbesondere gehört eine primäre Pharynxtuberkulose zu den seltensten Erkrankungen, wenn wir von einer primären Tuberkulose der Tonsillen absehen. Meistens handelt es sich um eine sekundäre Infektion im Anschluss an Lungen- oder Kehlkopftuberkulose. Unter den verschiedenen Quellen für die sekundäre Pharynxtuberkulose kommt zunächst das bazillenhaltige Sputum bei Lungenphthise in Betracht. Es können aber vielleicht auch von tuberkulösen Herden innerer Organe aus Bazillen auf dem Blut- und Lymphweg nach der Rachenschleimhaut embolisch verschleppt werden. Auch kann eine Wirbelkaries eine fortgeleitete Pharynxtuberkulose erzeugen. Für Fälle von primärer Pharynxtuberkulose kann die Inhalation von Staub, der Genuss von perlsüchtigem Fleisch, bezw. bazillenhaltiger Milch beschuldigt werden.

Die in der Literatur bisher beschriebenen Fälle sind folgende:

Dr. E. Schmiegelow (Hosp. Tidende 3. R. I. 39. 1883) berichtet über einen Fall von Tuberkulose des Pharynx, bei welchem sich der Prozess von diesem aus auf den Kehlkopf ausbreitete.

Lublinski stellte einen Fall von Tuberkulose des Pharynx (Deutsche medizinische Wochenschrift XI. 9. 1885) im Verein für innere Medizin vor. Bei einem Kranken mit chronischer Lungentuberkulose entwickelte sich seit einem halben Jahr unter Schmerzen im Halse

besonders beim Schlucken die Erkrankung, die alle Entwicklungsstadien der Tuberkulose darbot, vom frischen grauen Tuberkel an bis zu dem in Verkäsung begriffenen Knötchen, sowie die aus dem verkästen, zerfallenen Tuberkel hervorgegangenen tuberkulösen Geschwüre in den verschiedensten Grössen.

Catti (Wiener klin. Wochenschr. VII. 24. 1894) sah bei 2 Kindern eine akute Miliartuberkulose des Rachens und Kehlkopfes auftreten.

Drei weitere Beispiele für diesen pharyngolaryngealen Typus der Miliartuberkulose bringt Kiär.

Dmochowski (Beiträge zur patholog. Anatomie u. allgem. Pathologie XVI. 1 p. 109. 1894) fand unter 64 Leichen Tuberkulöser, die er daraufhin untersuchte, bei 21 Erkrankungen der Nasenrachenschleimhaut. Am ausgeprägtesten waren diese Erkrankungen bei akuter Miliartuberkulose. Dm. hält diese Nasenrachentuberkulose in der Hauptsache für sekundär, allein es existieren auch manche Andeutungen, die die Möglichkeit eines primären Prozesses nicht ausschliessen lassen.

Gottstein (Berliner kl. Wochenschr. XXXIII 31. 32. 1896) verfügt über 6 Fälle von primärer Tuberkulose der Rachen-, bezw. Gaumentonsille. Alle 6 Fälle gaben sich klinisch durch nichts Besonderes als solche zu erkennen, sie wurden gefunden bei einer Untersuchung von mehr als 30 Pharynx- und mehr als 20 Gaumentonsillen.

Pluder und Fischer (Archiv f. Laryngologie IV. p. 372. 1896) fanden unter 32 vergrösserten Rachenmandeln in 5 Tuberkulose. Die Besitzer dieser Mandeln waren nur z. T. tuberkulös belastet.

Weissenstein (Die Tuberkulose des Rachens. Mediz. Abhandlung. Stuttgart 1897) führt 8 eigene Beobachtungen kurz an, bei allen bestand Lungenphtise.

Die Rachentuberkulose steht zu dieser etwa in einem Verhältnis von 1 : 300.

Brieger (Zeitschr. f. Ohrenheilkunde XXXIII. 2. p. 191. 1898) hat in 78 Fällen die Rachenmandeln auf Tuberkulose untersucht, 5mal mit sicherem, positivem Erfolge. Br. meint, Häufigkeit und Bedeutung der Tonsillentuberkulose wären vielfach überschätzt worden.

Auch nach Pfiffl (Hypoplasie und Tuberkulose der Rachenmandeln. Prager med. Wochenschr. XXIV. 19. 1899) ist die Rachentuberkulose sehr übertrieben worden. Er nimmt, nach seinen eigenen Untersuchungen (100 Fälle) und nach den zuverlässigen Mitteilungen anderer an, dass unter 100 hypertrophischen Rachenmandeln höchstens in 4 Tuberkulose zu finden sei. Er fand sie 3mal.

Barbier (Tuberculose de la gorge. Perforat. du voile du palais Gaze des Hôp LXXII 14. Févr. 2 1899) erzählt von einer 72jährigen Kranken mit schwerer ausgedehnter Rachentuberkulose. Da die Lunge nur wenig erkrankt war, meint Barbier, der Rachen wäre zuerst infiziert worden.

Siegert (Pharynxtuberkulose im Kindesalter. Jahrb. für Kinderheilkunde XLV 1. p. 123. 1897) berichtet über 2 Fälle von Pharynxtuberkulose bei Kindern. Im 1. Fall handelte es sich um weit fortgeschrittene Miliartuberkulose, die Geschwüre am weichen Gaumen waren ohne weiteres als tuberkulös zu erkennen. Der 2. Fall betraf ein fieberfreies, bis dahin ganz gesund erschienenes Kind, die Erscheinungen an der Rachenschleimhaut machten ganz den Eindruck chronischer Diphterie und die richtige Diagnose wurde erst möglich, als die Halslymphdrüsen verkästen, Uvula und Epiglottis zerstört wurden, am Rande des Geschwüres einzelne käsige Knötchen auftraten, und als sich eine Darmtuberkulose und später eine allgemeine Miliartuberkulose hinzugesellte.

Schrötter (Laryngolog. Mitteilungen. Monatsschrift für Ohrenheilkunde. XXXII. 10. 1898) bespricht einige Fälle von Tuberkulose des Pharynx bei gesundem Kehlkopf.

Kingsford (Tuberculosis of the tonsils in children. Lancet Jan. 9. 1904) weist nach, dass Mandeltuberkulose weit häufiger vorkommt, als bisher angenommen wurde.

Ito (Über primäre Darm- und Gaumentonsillentuberkulose. Berl. kleine Wochenschr. XLI. 2. 1904) hat trotz aufmerksamer Durchsuchung seiner Serienschnitte von den Mandeln nur selten primäre Tonsillentuberkulose gefunden. Er nimmt an, dass die Tuberkelbazillen durch die Tonsillen hindurchdringen, ohne sich daselbst festzusetzen, oder aber, dass der primäre Herd in den Mandeln ausheilt und deswegen nicht mehr gefunden wird, wenn die Tuberkulose anderer Organe zum Tode und zur Sektion führt.

Schötz (Pharynxtuberkulose bei Kindern. Deutsche med. Wochenschr. XXIX. 42. 1903) beschreibt 2 Fälle von Pharynxtuberkulose bei Kindern. Er nimmt an, dass es sich in diesen beiden Fällen um Lokalisation allgemeiner Miliartuberkulose gehandelt hat.

Gaucher et Lacapère (Etude histologique de la tuberculose miliaire du pharynx. Archives de med. experiment et d'anatomie patholog. T. XIV. 1902 Nr. 1), geben eine ausführliche histologische Beschreibung eines Falles von Miliartuberkulose des Pharynx, dessen Tod durch eine chronische Lungentuberkulose herbeigeführt wurde. Da neben den tuberkulösen Knötchen auf der Rachenschleimhaut noch ein einzelnes grösseres tuberkulöses Geschwür zu finden war, so schliessen die Verfasser aus der Anordnung und Grösse der Tuberkel, dass das Geschwür der Ausgangspunkt der ganzen Rachenerkrankung war. Von hier aus hatte eine Aussaat von

Tuberkelbazillen über die übrige Rachenschleimhaut auf lymphatischem Wege stattgefunden.

Der von mir zu beschreibende Fall hat folgende Krankengeschichte, deren Überlassung ich der ausserordentlichen Liebenswürdigkeit des Herrn Professor Dr. Penzoldt verdanke.

K . . . G., 27 Jahre alt.

Vater gestorben, 49 Jahre alt, an Nierenentzündung. Mutter gesund.

Ein Bruder, 27 Jahre alt, nach $1^1/_2$jähriger Lungenkrankheit gestorben. Eine Schwester, die auch lungenleidend war, starb mit 19 Jahren im Wochenbett.

Patient war bis zu seinem 18. Jahre völlig gesund; damals hat er eine 3 Wochen dauernde Lungenentzündung durchgemacht.

Im Jahre 1902 hat Patient öfters des Nachts Stechen im Rücken gehabt, sonst aber keine Beschwerden.

Im Jahre 1903 litt er von Pfingsten bis September an einer Rippenfellentzündung. Darnach fühlte er sich wieder vollkommen wohl, nur war er abends immer viel müder als früher.

Seit 7 Wochen hat er Schmerzen im Hals, im Schlund und im Kehlkopf, die allmählich an Heftigkeit zunahmen und ihm das Schlucken erschwerten, sodass er jetzt gröbere Speisen, besonders aber trockene und krümmlige gar nicht mehr ertragen kann, weil sie ihn sofort zum Husten reizen. Gleichfalls seit 7 Wochen hat er auch Schmerzen im Leib, die 2 Stunden nach dem Essen auftreten und verschieden lange Zeit anhalten. Oft treten diese Beschwerden auch unabhängig von den Mahlzeiten bei fast leerem Magen auf; die Gegend des Blinddarms ist dabei besonders schmerzhaft, die Schmerzen äussern sich in Schneiden an verschiedenen Stellen des

Leibes, wandern hin und her und verschwinden auch wieder. Oft hat dann Patient tagelang gar keine Schmerzen.

In der letzten Zeit hat er gar keine eigentlichen Schmerzen gehabt, nur einen unbestimmten Druck hinten in der rechten Lendengegend und ein Ziehen von da aus nach dem Nabel zu.

Status praesens.

Grosser Mann, schwächlicher Knochenbau, dürftige Muskulatur, geringer Fettansatz. Gesicht mager, blass, angegriffen, Ringe um die Augen, Backen hochrot. Haut (Gesässspalte, Penis) ohne Besonderheiten. Pupillenreaktion prompt.

Rachen gerötet, entzündet, 2 erbsengrosse Geschwüre zwischen den beiden Gaumenbögen, zwischen vorderem Gaumenbogen und Zäpfchen unregelmässige Begrenzung der Geschwüre, vorderer Gaumenbogen geschwellt, entzündet, zackig wund, Geschwürsgrund mit wässerigem, gelbweissem Eiter belegt; enthält Tuberkelbazillen. Epiglottis gerötet, ödematös, Aryknorpel rot, geschwollen, rechts zwischen Zunge und Epiglottis noch ein Gechwür, wahre und falsche Stimmbänder ohne Besonderheiten; keine Heiserkeit; heftige Schmerzen beim Schlucken, Hustenreiz, Schmerzen am Kehlkopf (Kratzen, Trockenheit).

Brustkorb etwas klein, schmal, lang, epigastrischer Winkel spitz, Schlüsselbein vorspringend; rechte Seite etwas schmäler, bleibt auch bei der Atmung zurück. Atmung 24, abdominal.

Lungengrenzen: rechts vorn Mamillarlinie VI. Interkostalraum, unverschieblich. Hinten unten beiderseits 11.—12. Brustwirbel. Rechts nicht, links gut verschieblich. Rechts hinten vom IV. Interkostalraum bis spina scapulae geringe Dämpfung, verlängerte Ausatmung. Rechts

hinten oben verschärftes Inspirium. Links hinten oben verlängertes Exspirium. Hinten rechts Mitte verlängerte, verschärfte Ausatmung. Rechts hinten unten 4 Querfinger breite Schallkürzung, abgeschwächte Atmung.

Herz rechts Sternalrand, links oberhalb der 4. Rippe 2 fingerbreit innerhalb der Mamillarlinie. Töne rein. 1. Ton der Spitze sehr laut und klingend. Puls leer, etwas gespannt, 36, regelmässig, klein.

Blinddarmgegend etwas druckempfindlich, im Magen Plätschergeräusche.

12. XI.: Temperatur 39,5 abends;

13. IX.: Temperatur 37,4 morgens, 37,5 abends;

14. IX.: Temperatur 37,7 morgens, 38,8 abends;

15. IX.: Temperatur 37,9 morgens, 38,2 abends;

15. XI. Tuberkelbazillen im Sputum.

16. IX.: Temperatur 37,7 morgens, 38,5 abends.

17. XI. Heute nachmittags sehr lebhafte Leibschmerzen. Erbrechen von etwa 1 Liter wässerigen, braun gefärbten Mageninhalts, darauf noch einmal lebhafte Brechbewegungen, ohne dass Mageninhalt heraufkommt. Am Abdomen sehr lebhaftes Plätschern, vom Epigastrium bis unterhalb des Nabels wahrnehmbar; keine auffallende Druckempfindlichkeit. Deutliche Schallverkürzung in den abhängigen Partieen des Leibes, die bei Lagewechsel sich aufhellt. In der Ileocökalgegend wallnussgrosser, wenig empfindlicher Tumor. 2×15 gtt. Tct. opii.

Temperatur: 37,8 morgens, 38,5 abends.

18. XI. Leidliches Befinden, starker Durst, kein Erbrechen, wenig Schmerzen, kein Stuhlgang, kein Flatus.

Temperatur: 36,3 morgens, 36,8 abends.

19. XI. Heute morgen 6 Uhr Erbrechen, den ganzen Tag über besteht Singultus, kein Stuhlgang, kein Abgehen von Flatus, Abdomen auf Druck nicht stark empfindlich, kein reflektorisches Anspannen der

Bauchmuskulatur bei Druck. In der linken Darmbeingrube Schallkürzung, etwas höher oben eine tympanitisch klingende Stelle. Andeutung von Darmperistaltik, die man auf der linken Seite durch die Bauchdecken hindurch wahrnimmt. Im Harn Eiweiss, deutlich Indikan, hyaline und granulierte Zylinder. Im Stuhl weder Eiter noch Blut, noch Tuberkelbazillen nachweisbar. 4 × tägl. 15 gtt. Tct. opii spl.

Temperatur: 37,3 morgens, 36,8 abends.

20. XI. heftiger, andauernder Singultus, lebhafte Leibschmerzen, kein Stuhlgang, kein Abgang von Flatus. Heute Schallkürzung in den abhängigen Partieen des Leibes, bei Lagewechsel verschwindend. Plätschergeräusch über das ganze Abdomen. Rechts seitlich am Abdomen tympanitischer, beziehungsweise metallisch klingender Schall. Atropininjektion mittags 2 Uhr 0,0005, abends $7^1/_2$ Uhr 0,00075. Glyzerinstuhlzäpfchen.

Temperatur: 36,6 morgens, 37,1 abends.

21. XI. nachts 12 Uhr und morgens 6 Uhr Erbrechen. Um $^3/_4$6 Uhr Stuhlgang; angeblich kein Abgang von Flatus. Linke Unterbauchgegend stärker vorgewölbt wie die rechte und gedämpft. Links seitlich bei Lagewechsel sich aufhellende Dämpfung. Leberdämpfung deutlich von der unterhalb befindlichen tympanitischen Zone abgrenzbar. Keine starke Druckempfindlichkeit, keine starke Auftreibung des Abdomens. Am Abdomen Venen deutlich sichtbar. Bauchdeckenreflex links schwächer wie rechts.

Temperatur: 37,2 morgens, 37,0 abends.

22. XI. Weder Stuhl noch Flatus. Am Morgen sehr lebhafte Schmerzen. 1 mg. Atropin subkutan. Darnach erfolgt Erleichterung. Am Nachmittag ist Patient sehr schläfrig und matt, hat die Augen nur immer halb offen. Puls kaum zählbar. Heute 6 maliges Erbrechen,

das Erbrochene von graugrüner Farbe, nicht fäkulent riechend. Auf vorsichtigen Einlauf erfolgt kein Stuhl, das Wasser geht nach $^1/_2$ Stunde ohne Schmerz wieder ab.

Temperatur: 36,8 morgens, 36,6 abends.

23. XI. Hat heute bis Mitternacht gut geschlafen. Von da ab viel unruhiger. Am Morgen sehr lebhafter Schmerz, der auf Atropininjektion 0,001 nachlässt, darnach Morphiuminjektion 0,001, da Patient bald wieder stärkere Schmerzen hat. Patient hat seit 17. XI. nur einmal auf Einlauf geringen Stuhl gehabt und angeblich keine Blähungen; es sind keine Zeichen von Kotbrechen aufgetreten. Stets war das Erbrochene flüssig, seine Färbung gallig. Das Erbrechen ist nicht stärker geworden. Es sind keine Zeichen von Darmverschluss aufgetreten. Auftreibung durch Luft und Empfindlichkeit hat nur wenig zugenommen. Heute ist die Leberdämpfung von tympanitischem Schall vorne überlagert, in der Seite nicht.

Temperatur: 36,4 morgens, 36,3 abends.

24. XI. Temperatur: 37,0 morgens, 37,0 abends.

25. XI. Patient bekommt viel Morphium und hat wenig Beschwerden. Alles, was er geniesst, wird wieder erbrochen. Niemals fäkulenter Geruch. Die Auftreibung des Abdomens wird etwas stärker, Druckempfindlichkeit nimmt nicht zu. Links unten am Abdomen Dämpfung, rechts oben tympanitischer Schall, der die Leberdämpfung verdeckt, doch ist rechts oben seitlich noch ein Rest derselben wahrnehmbar. Kein Stuhl, kein Flatus seit 19. XI. 04. Unter zunehmendem Kräfteverfall, facies hippokratika, allmählichem Unfühlbarwerden des Pulses exitus um 11 Uhr abends.

Temperatur: 38,2 morgens, 38,7 abends.

Sektionsbefund.

20. November.

Nach Eröffnung des Thorax beide Lungen kaum retrachiert. Linke Lunge an der Spitze mit Zwerchfell verwachsen. Rechte Lunge in ganzer Ausdehnung fest mit Pleura kostalis verwachsen.

Schlund an der Rückfläche bis hinab zum Kehlkopf intensiv weisslich getrübt und dicht besetzt von allerfeinsten bis stecknadelkopfgrossen, grau und graugelblich durchscheinenden und leicht hervorragenden Knötchen, welche besonders an der Uvula und deren weiteren Umgebung breitförmig zusammenfliessen. Die Uvula stark verkürzt, ihre Schleimhaut in der geschilderten Weise verändert, hinten zahlreiche grübchenförmige Geschwüre; solche finden sich auch auf den Gaumenbögen. An der Rückfläche des weichen Gaumens mehr seitlich mehrere bis linsengrosse, tiefere Geschwüre; beiderseits vom Kehlkopf die Sinus käsig infiltriert und unregelmässig reduziert. Ferner vor dem Kehldeckel der ganze Zungengrund bis etwa 3 bis 4 cm nach vorn reichend in eine unregelmässige, zackig begrenzte, sehr unebene Geschwürsfläche verwandelt mit zum Teil käsigem Grund, welcher sich auch zur rechten Tonsille erstreckt. Zwischen Kehldeckel und Zungengrund ein tiefes Geschwür, das die vordere Fläche des Kehldeckels zerstört; dieser sehr steif, stark verdickt und die vordere Fläche etwas höckerig, ebenfalls infiltriert. Auch die ligamenta aryepiglottica stark verdickt und ziemlich steif, doch zum Teil die Schleimhaut locker und ödematös; dicht vor der Epiglottis mit feinen Knötchen durchsetzt, die Schlundwand über dem Kehlkopf ebenfalls von Knötchen durchsetzt.

Im Herzbeutel zwei Esslöffel klare, seröse Flüssigkeit. Herzbeutelinnenfläche glatt und spiegelnd.

Herz von normaler Grösse. Linker Ventrikel stark kontrahiert, wenig Fettauflagerung, Muskulatur ziemlich blass. Im rechten Ventrikel ein verzweigtes Speckgerinsel, das sich in die Pulmonalarterie fortsetzt. Pulmonalklappen zart, Trikuspitalis für 3 Finger gut durchgängig. Im rechten Vorhof ein grosses Speck- und Cruorgerinnsel. Foramen ovale für eine Sonde gut durchgängig. Mitralis für einen Finger gut durchgängig. Klappen ohne Befund. Im linken Vorhof Speck- und Cruorgerinnsel. Linker Ventrikel normal weit, Klappen ohne Befund. Aortenintima zart, glänzend. Im Arkus eine kleine, gelblich weisse, sich derb anfühlende Stelle. Bifurkationsdrüsen stark verkäst.

Linke Lunge. Oberer Lappen. Spitze fühlt sich derb an. Zahlreiche erbsen- bis wallnussgrosse Knoten zu fühlen. Schnittfläche ziemlich blutleer, zeigt besonders im oberen Lappen senfkorn- bis stecknadelkopfgrosse, graue Knötchen. An einigen Stellen sind die Knötchen zu grösseren bis pfennigstückgrossen Haufen zusammengewachsen. Nach der Spitze zu ein über stecknadelkopfgrosser eitriger Herd. In der Umgebung eine pfennigstückgrosse anthrakotische Stelle, die von zahlreichen hirsekorngrossen, grauen Knötchen umgeben ist. In der Mitte des Lappens ein dreimarkstückgrosser, gekörnter, über die Schnittfläche prominierender Bezirk. Ein gleicher Bezirk findet sich im untersten Teil des Lappens.

Rechte Lunge. Die einzelnen Lappen sind infolge der vielen derben fibrösen Auflagerungen nur schwer voneinander abzugrenzen. Der obere Lappen fühlt sich ziemlich derb an. An der Spitze fühlt man mehrere bis hirsekorngrosse Knoten. Schnittfläche ist mit zahlreichen grauen Knötchen, die zu einzelnen Herden zusammenfliessen, besetzt, besonders stark gegen die Spitze zu. In der Spitze selbst eine wallnussgrosse

Höhle, die blutig eiterige Flüssigkeit enthält. Der gleiche Inhalt füllt die in der Nähe befindliche kirschkorngrosse Höhle aus. Auf der Schnittfläche entleert sich eine geringe Menge schaumiger Flüssigkeit. Mittlerer Lappen. Von der Schnittfläche entleert sich eine reichlige Menge klarer Flüssigkeit. Schnittfläche ist besetzt mit zahlreichen grauen Knötchen. Unterer Lappen. Von der Schnittfläche entleert sich sehr viel blutige Flüssigkeit. Schnittfläche mit spärlichen, grauen, stecknadelkopfgrossen Knötchen besetzt.

Bauch. Im oberen Teil durch Gas etwas aufgetrieben, im unteren Abschnitt straff gespannt.

Nach Eröffnung der Bauchhöhle zeigen sich die Dünndarmschlingen quer übereinander gelagert und durch Gas aufgetrieben. 190 cm oberhalb der Ileocökalklappe das Mesenterium strangförmig in das kleine Becken hinabgezerrt und hier durch eine verwachsene Dünndarmschlinge fest fixiert. Der nach aufwärts von dieser Stelle gelegene Teil des Darmes um diesen Mesenterialstrang herumgeschlagen und mächtig aufgetrieben. Die unterhalb gelegenen Darmschlingen eng zusammengezogen und leer. Die stark geblähten Schlingen in kleinen Becken gelegen und hier an einer Stelle fest verlötet. Bei Herausnahme der Schlingen hier eine Porforationsöffnung, aus der sich Darminhalt entleert. Die Perforationsöffnung selbst war verklebt. Diese zeigt einen Durchmesser von 1 cm. Ränder scharf, leicht verdickt und hämorrhagisch injiziert. Neben derselben ein kleines etwa 6 mm messendes und ein grösseres etwa 2 cm langes, 6 mm breites, oberflächliches Geschwür, mit nekrotischem, gallig imbibiertem Grunde und stärkerer Injektion in der Umgebung. In der nach abwärts gelegenen Schlinge bis zur Ileocökalklappe zahlreiche

zum Teil sehr umfangreiche tuberkulöse Geschwüre, auch die Serosa an dieser Darmschlinge mit zahlreichen sehr dicht stehenden Gruppen zum Teil bis hirsekorngrossen, käsigen Tuberkelknötchen besetzt, wobei sowohl die Geschwüre, wie die Serosa hämorrhagisch gefleckt sind. Im übrigen Teil des Dünndarms die Schleimhaut ziemlich stark injiziert. Im untersten Abschnitt des Ileum mehrere quergestreifte Geschwüre mit gelbweissem Grund und erhabenem Rand.

Magen von normaler Grösse, wenig flüssiger, gelbgefärbter Inhalt. Schleimhaut ohne Befund.

Dickdarm. Sehr stark kontrahiert, wenig graugelben, teils flüssigen, teils festen Kot enthaltend. Der ganze Dickdarm zeigt zahlreiche quergestellte Geschwüre von wechselnder Grösse; sie zeigen alle einen schmutzig grauen Grund, erhabene, verdickte Ränder und starken blutigen Hof. Auf der Serosa sieht man mehrfach an den den Geschwüren entsprechenden Stellen kleine grauweise Knötchen, die sich rosenkranzähnlich durch die Lymphgefäse des Mesenteriums fortsetzen.

Mesenterialdrüsen sind grösstenteils geschwellt und verkäst.

Blase zeigt wenig klaren Inhalt, sonst ohne Befund.

Prostata von normaler Grösse.

Rektum ohne Befund.

Leber. Schnittfläche dunkel braunrot, ziemlich blutreich.

Gallenblase ohne Befund.

Milz von normaler Grösse, ziemlick feste Konsistenz.

Nieren. Schnittfläche nicht vorquellend, sehr blass, Rinde etwas verbreitert. Kapsel der rechten Niere mit geringem Substanzverlust abziehbar.

Nebennieren ohne Befund, desgleichen die Urethren, Bauchaorta und Hoden.

Leichendiagnose.

Indurierende Tuberkulose der rechten Lungenspitze mit Bronchiektasien und Cavernenbildung.

Tuberkulöse, käsige, miliare Bronchopneumonie beider Oberlappen, in geringem Grade der Unterlappen.

Hypostatische Hyperämie und starkes Oedem der Unterlappen, besonders des rechten.

Verwachsungen beider Lungen.

Hochgradige ulceröse Tuberkulose des Rachens, des weichen Gaumens, des Zungengrundes und des Kehldeckels.

Ausgedehnte Tuberkulose des Dünndarms und Dickdarms mit Verwachsung einer Dünndarmschlinge im kleinen Becken und Perforation eines tuberkulösen Dünndarmgeschwüres mit Verlötung der Perforationsöffnung.

Einklemmung des Dünndarms an den durch die Verwachsung der Dünndarmschlinge gebildeten Mesenterialstrang.

Mächtige Auftreibung des Darms oberhalb der Einklemmungsstelle. — Leichte fibröse Peritonitis. — Trübe Schwellung der Nieren.

Dem Sektionsbefund ist weiter nichts hinzuzufügen.

Makroskopisch zeigt das Präparat des Pharynx die in dem Sektionsprotokoll angegebenen Verhältnisse.

Aus der hinteren oberen Rachenwand wurde zum Zwecke der mikroskopischen Untersuchung ein kleines Stückchen excidiert und in Paraffin eingebettet.

Das mikroskopische Bild ergibt nun folgendes: Das exzidierte Gewebe besteht zum grössten Teil aus acinösen Schleimdrüsen und aus quergestreifter Muskulatur. Zwischen grösseren Packeten von Schleimdrüsen ist lymphadenoides Gewebe vorhanden. Während die Drüsen gut erhalten sind, ist das lymphadenoide Ge-

webe an einigen Stellen eigenartig verändert. Hauptsächlich sind die Keimzentren eingenommen von typischem Granulationsgewebe, welches hier und da von kleinen gefässlosen Tuberkeln durchsetzt ist. Zentrale Verkäsung konnte nur bei einem Tuberkel bemerkt werden. Ausserdem ist an einigen Stellen eine deutliche Fibroblastenstellung der den Tuberkel umgebendem epitheloiden Zellen wahrzunehmen. Auch typische Riesenzellen mit wandständigen Kernen sind in grösserer Zahl in den Schnitten vorhanden. Schliesslich ist noch eine geringgradige kleinzellige Rundzelleninfiltration des Gewebes der Submucosa und der quergestreiften Muskulatur zu erwähnen.

Die Untersuchung der nach Ziel-Nelsen gefärbten Präparate mit Ölimmersion ergibt an manchen Stellen massenhafte Ansammlung von Tuberkelbazillen. Der mikroskopische Befund ergibt demnach eine unzweifelhafte Tuberkulose der hinteren, oberen Rachenwand.

Bereits durch die klinische Untersuchung wurde klargelegt, dass es sich um Tuberkulose des Pharynx handelt, da in dem von den Geschwüren abgesonderten Sekret Tuberkelbazillen gefunden wurden. Vollständig im Einklang mit der klinischen Diagnose steht der pathologisch-anatomische Befund, sowie namentlich die pathologisch-histologische Untersuchung; in einer Reihe von Schnitten wurden sowohl Tuberkel, als auch Tuberkelbazillen gefunden. Dass es sich in dem gegebenen Fall um sekundäre Tuberkulose des Pharynx handelt, steht ebenfalls ausser allem Zweifel. Nach seiner Angabe hat Patient bereits zwei Jahre vor seiner jetzigen Krankheit an Rippenfellentzündung gelitten, eine Erkrankung, die an sich stets den Verdacht auf Tuberkulose erweckt, in diesem Falle aber um so wahrscheinlicher auf Tuberkulose beruht haben wird, als eine schwere

hereditäre Belastung vorhanden war, indem doch zwei Geschwister bereits an Tuberkulose gestorben waren. Übrigens wurden durch die Sektion auch ältere tuberkulöse Herde gefunden, so namentlich im Bereiche der rechten Lungenspitze, in welcher eine ältere indurierende Tuberkulose mit Bronchiecktasien und Kavernenbildung vorgefunden wurde. Dieser Befund stellt es wohl sicher, dass die Pharynxtuberkulose ebenso wie die Darmtuberkulose erst sekundär durch Verschlucken des tuberkulösen Sputums entstanden ist.

Ein Vergleich mit den in der Literatur angeführten Fällen ergibt, dass wir es hier mit einem ungewöhnlich hochgradigen Fall von Tuberkulose des Pharynx zu tun haben. Lublinski berichtet zwar über einen Eall, der ziemlich ausgedehnt war, ebenso Barbier. In unserem Falle handelt es sich jedoch um eine Ausbreitung der Krankheit über die ganze Oberfläche der Zungenwurzel, des weichen Gaumens, der Gaumenbögen, der Uvula und des vorderen Teiles des Kehldeckels.

So dürfte der hier beschriebene Fall wohl zu den schwersten bisher beobachteten Fällen von Tuberkulose des Pharynx zu rechnen sein.

Zum Schlusse obliegt mir die angenehme Pflicht, meinem ehemaligen Lehrer, Herrn Professor Dr. Hauser, für gütige Überlassung des Falles, sowie für freundliche Unterstützung bei Ausarbeitung desselben meinen tiefgefühltesten Dank zum Ausdruck zu bringen.

Curriculum vitae.

Geboren am 2. April 1868 zu Rennertshofen, kgl. Bezirksamt Neuburg a./D., besuchte ich vom Jahre 1882 bis 1888 das kgl. Gymnasium im Neuburg a./D. und 1888 bis 1890 das kgl. Luitpoldgymnasium in München. Von 1890 bis 1894 als Mediziner an der Universität München immatrikuliert, bezog ich im Wintersemester 1894 die Universität Erlangen, unterzog mich daselbst am Ende des Sommersemesters 1895 dem tentamen physicum und wurde im Jahre 1898 als Arzt approbiert. Nachdem ich ein Jahr in Spiegelau im bayer. Wald als Arzt tätig war, eröffnete ich im Herbst 1900 meine Praxis in Buchenberg im bayer. Allgäu.